Комплексное лечение пародонтита по данным поликлиники № 15.

М.В. Кузнецов, Т.Д. Панюшкина.

Заболевания пародонта - одна из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ (1984г.) более 80% населения планеты подвержены заболеванию пародонта. В различных районах нашей страны распространённость воспали­тельно-деструктивных изменений пародонта достигает 80% - 100% в различных возрастных группах (Иванов В.С., 1989г.). Наиболее час­то встречающейся патологией является пародонтит, поражающий до 60 - 65% людей в возрасте 30-50 лет (Данилевский Н. Ф., 1993г.).

В поликлинике № 15 за период с по нами проведено наблюде­ние и лечение пациентов с воспалительно-деструктивной патологией пародонта. Из них женщин и мужчин. Проводили комплексное обследо­вание каждого пациента. Общее исследование включало сбор анамне­за, осмотр, выявление и измерение глубины пародонтального карма­на, определение его содержимого, выявление патологии прикуса, подвижности зубов. Обращали внимание на местные травматические факторы: наличие над- и поддесневых зубных отложений, неправильно наложенных пломб, кариозных полостей в пришеечной области, отсутствие контактного пункта, нерациональных ортопедических конструкций. Для исследо­вания костной ткани использовали прицельную и панорамную рентгенографию челюстей. Проводили консультации специалистов: терапев­та, эндокринолога, невропатолога. У % больных выявлена сопут­ствующая патология, преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта, в виде язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита, колита, дисбактериоза.

Пародонтит легкой степени диагностирован у % пациентов. При этом отмечались явления гингивита, отложение над- и поддесневых зубных отложений, образование пародонтальных карманов глубиной до 3.5 мм. На рентгенограмме наблюдались остеопороз, разрушение кор­тикальной пластинки, резорбцию межзубных перегородок до 1/3 дли­ны корней.

У % пациентов диагностирован пародонтит средней тяжести. Клинически проявлялся воспалением сосочков и краевой десны, наличием над-и поддесневого зубного камня, образованием пародонтальных карманов глубиной до 5 мм с выделением серозно-гнойного эксудата. Подвижность зубов I - II степени, оголение шеек и частично корня. Рентгенологически: резорбция костной ткани до 1/2 длины корней, остеопороз, образование одиночных костных карманов.

Тяжелая степень пародонтита диагностирована у % пациентов, характеризовалась отложением большого количества над- и поддесне­вого зубного камня, выраженными явлениями гингивита, образова­нием одиночных или множественных пародонтальных абсцессов. Пародонтальные карманы глубиной более 5 мм, разрастание грануляций и серозно-гнойное отделяемое из них. Подвижность зубов II-III сте­пени. На рентгенограмме: полное разрушение кортикальной пластин­ки, резорбция костной ткани альвеолы более 1/2 длины корней, об­разование костных карманов, остеопороз.

При лечении пародонтита придерживались принципов комплек­сности, индивидуальности и последовательности. Местное воздей­ствие включало терапевтические процедуры, хирургические манипуля­ции, ортопедическое лечение.

Лечение начинали с обучения гигиене полости рта, разъясне­ния значимости этих процедур, проведения контрольной чистки зу­бов. Рекомендовали использование новых зубных паст: «Пародонтакс», «Oral-В», которые способствуют удалению бактериального налета, снятию воспаления, уменьшению кровоточивости десен, а так же снижению чувствительности эмали зубов к раздражителям. Удаление над- и поддесневых зубных отложений проводили с помощью набора пародонтальных инструментов по традиционной методике, а так же с использованием ультразвука. Шейки зубов шлифовали и по­лировали. Некачественные пломбы заменяли, осуществляли лечение пришеечного кариеса, устраняли дефекты ортопедических конструк­ций. При выявлении патологии прикуса, травматической окклюзии проводили избирательную пришлифовку и шинирование зубов, нормали­зацию прикуса.

Дальнейшее лечение было направлено на снятие воспаления и устранение пародонтальных карманов. Для этого проводили антисептическую обработку полости рта растворами антисептиков: хлоргексина биглюконата, фурациллина, этакридина лактата в виде ротовых ванночек, аппликаций, инстилляций. При пародонтите средней и тяжелой степени, когда выражены явления воспаления, назначали антибактериальную и антимикробную терапию, чтобы воздействовать на анаэробную флору полости рта (трихопол, диоксидин, нитазол, метрогил). Наибольший успех лечения пародонтита достигнут при использовании макролидного антибиотика - линкомицина. При введении в переходную складку линкомицина 1,0 с новокаином в течение 5 суток отмечали исчезновение отека, нормализацию цвета десны, прекращение гноетечения. Так же хорошо зарекомендовал себя новый антибиотик - азитромицин (суммамед), применяемый по схеме в течение 5 дней. Уже на 3-й день прекращалось гноетечение, десна приобретала естественные размеры и бледно-розовый цвет, уменьшилась кровоточивость. Недостатком этого препарата является его дороговизна.

Широко использовали активные противовоспалительные препараты, являющиеся ингибиторами простогландинов: 5% бутадионовая мазь, 3% ацетилсалициловая. Так же широко использовали вещества, снижающие утилизацию кислорода тканями: токоферола ацетат, 1% - раствор галаскорбина, витамины С, Р, К, метацил. Применение мазей, содержащих кортикостероиды: 0,5% геоксизоновая, преднизолоновая, дает быстрый эффект, однако назначение их должно быть кратковременным. Для пролонгирования действия лекарственных средств применяли пародонтальные повязки, основой которых являются окись цинка, гвоздичное масло, масляные растворы витаминов А, Е. Хороший эффект дают готовые кератопластические мази: солкосерил, метилурацилл, пропоцеум.

После купирования острого воспаления, устранения гноетече­ния при пародонтите средней тяжести проводили кюретаж пародонтального кармана по традиционной методике. При тяжелой степени пародонтита применяли лоскутную операцию по Видману-Нейману-Цешинскому. Хирургическое лечение включало так же проведение по показаниям операции гингивотомии, френулотомии, френулэктомии и удаления зубов.

Для закрепления полученных результатов и нормализации ткане­вого обмена использовали физиотерапевтические процедуры: дарсонвализацию, электрофорез с кальцием, фтором, витаминами С, В, гидромассаж, вибромассаж, ультразвук.

Общее лечение включало проведение курса витаминотерапии для повышения сопротивляемости организма и стимулирования процессов регенерации: витамины С, РР, А, Е, В. Назначали антигистаминные препараты: супрастин, пипольфен, диазолин для десенсибилизации, уменьшения отека тканей. Седативную терапию осуществляли малыми транквилизаторами: элениум, седуксен. При наличии сопутствующей патологии проводили лечение общесоматических заболеваний сов­местно с другими специалистами.

После проведенного лечения стойкий положительный эффект наб­людали у % пациентов, что клинически проявлялось нормализацией размеров, консистенции и цвета десны, снижением кровоточивости, прекращением гноетечение. Подвижность зубов уменьшилась на I-II степени. Пациенты отмечали улучшение общего состояния. У % боль­ных достигнута стабилизация процесса.

Полученные результаты показывают, что успех лечения больных с воспалительно-деструктивной патологией пародонта возможен только при комплексном лечении и всестороннем подходе к проблеме.